采购文件

1. 采购内容

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 采购内容 | 服务期限 | 相关要求 |
| 包1 | 省级媒体宣传及策划服务 | 1年 | 1、报刊类发行量≥30万份。  2、媒体移动客户端下载量≥2000万人次。  3、省级媒体有长期驻资阳的采编人员。 |
| 包2 | 市级媒体宣传及策划服务 | 1年 | 1、报刊类发行量≥3万份。  2、媒体移动客户端下载量≥100万人次。  3、合作的电视台覆盖资阳市全境及周边部分地区。 |

1. 项目要求

1、宣传内容：各媒体单位依托自身资源优势，根据医院特点，策划宣传工作方案。具体内容包含但不限于：党建文化宣传、我为群众办实事举措、专家及先进人物宣传、先进技术及设备推广、重点学科展示、重点民生项目推进、科普宣传、科研教学成果展示、卫生健康节日纪念日活动宣传等，旨在通过医媒合作，多渠道、全方位展示医院履行公立医院责任担当及推进高质量发展工作成果。

2、宣传方式：包含但不限于：纸媒报刊、电视节目、图文信息、海报、微信平台、短视频等方式

1. 该项目不接受联合体投标，中标方不得转包

三、其他说明

根据要求A4纸编制投标文件，1正1副胶装，每页需加盖鲜章，密封包装。

**资阳市雁江区妇幼保健计划生育服务中心**

**新媒体宣传服务项目报价单**

**单位名称(盖章）:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 服务内容 | 服务明细 | 最高限价/服务数量 | 统一折扣率（%） |
| 第一包 | 省级媒体宣传及策划服务 | 全年在省级以上媒体发布宣传资讯及专题策划 | 2万元/12条 |  |
| 第二包 | 市级媒体宣传及策划服务 | 全年在市级媒体报刊发布宣传图文 | 3万元/1.5整版 |  |
| 全年在市级电视频道发布医疗动态资讯视频 | 1.8万元/6条 |
| 全年在市级新媒体平台发布资讯 | 0.7万元/14条 |
| 全年在市级新媒体平台发布3-5分钟视频宣传 | 2.5万元/1条 |
| 联系人： 联系电话： | | | | |

**附件：**

**承诺函**

资阳市雁江区妇幼保健计划生育服务中心：

（响应供应商名称）作为参加本次采购活动（项目： ）的响应人，现郑重承诺：

一、具备《中华人民共和国政府采购法》第二十二条第一款和本项目规定的条件：

（一）具有独立承担民事责任的能力；   
　　（二）具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度；   
　　（三）具有履行合同所必需的设备和专业技术能力；   
　　（四）有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录；   
　　（五）参加政府采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录；

（六）法律、行政法规规定的其他条件；

（七）本项目提出的特殊条件。

二、完全接受本项目采购文件规定，如对采购文件有异议，已经在递交响应文件截止时间届满前依法进行维权救济，不存在对采购文件有异议的同时又参加采购活动以求侥幸成交或者为实现其他非法目的的行为。

三、参加本次采购活动，不存在与单位负责人为同一人或者存在直接控股、管理关系的其他投标人参与同一合同项下的政府采购活动的行为。

四、参加本次采购活动，不存在和其他响应人在同一合同项下的采购项目中，同时委托同一个自然人、同一家庭的人员、同一单位的人员作为代理人的行为。

五、如果有《四川省政府采购当事人诚信管理办法》（川财采[2015]33号）规定的记入诚信档案的失信行为，将在响应文件中全面如实反映。

六、响应文件中提供的能够给予采购人带来优惠的任何材料资料和技术、服务、商务等响应承诺情况都是真实的、有效的、合法的。

本公司对上述承诺的内容事项真实性负责。如经查实上述承诺的内容事项存在虚假，我公司愿意接受以提供虚假材料谋取成交追究法律责任。

投标人名称（加盖公章）：

法定代表人/负责人或授权代表（签字）：

日期：XXXX年XX月XX日

**报 名 函**

资阳市雁江区妇幼保健计划生育服务中心：

经研究，我方决定参加贵院 项目的采购及报价。为此，我方郑重声明以下内容，并负法律责任。

1、我方提交的所有报名资料真实合法有效。

2、如果我方的报名文件被接受或我公司为成交公司，我方将履行报名文件中规定的每一项要求，并按我方的承诺按期、保质、保量提供货物。

3、我方愿按《中华人民共和国民法典》履行自己的全部责任。

4、我方同意遵守贵院有关采购的各项规定。

报名人代表姓名、职务：

报名人单位全称（公章）

报名人代表签字：

地 址：

电 话：

邮 箱：

年 月 日

**法定代表人授权委托书**

资阳市雁江区妇幼保健计划生育服务中心：

（报名公司名称）法定代表人 授权我公司 （职务或职称） （姓名）为我单位本次报名授权代理人，全权处理此次（医院名称）项目采购活动的一切事宜。

特此授权。

（附法人及授权代理人身份证复印件）

单位名称（公章）：

法定代表人签字：

授权代理人签字：

年 月 日